UNIVERSITE DE PARIS V RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT ROYAL

ANNEE 1975

N° 35

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Roger TOUBOUL - né le 24 OCTOBRE 1949 à ORAN (ALGERIE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1975

DE L'INTERET DE LA CURE SANATORIALE DANS LE TRAITEMENT DES CIRRHOSES

PRESIDENT : M. CACHIN - PROFESSEUR

UNIVERSITE DE PARIS V RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT ROYAL

-=-=-=

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Professeur FLEURY

Monsieur le Professeur PEQUIGNOT

Monsieur le Professeur ROSSIER

Monsieur le Professeur VARANGOT

qui ont su me prodiguer leur savoir,

en signe de ma profonde admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CACHIN

Pour avoir accepté la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profonde gratitude.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548124_0022

A MA FAMILLE,

A MES AMIS

A MES FRERES

Avec tout mon attachement.

A MA MERE

Avec toute mon affection.

I N T R O D U C T I O N

Le présent ouvrage se propose de rendre compte de la cure sanatoriale tentée dans le traitement des cirrhoses qui, en France, sont le plus souvent d'origine éthylique.

Nous examinerons, dans un premier temps, les raisons qui ont incité un sanatorium à pratiquer sa reconversion dans le traitement des cirrhoses.

Les locaux, le cadre, l'équipement de l'établissement seront brièvement décrits.

Nous aborderons ensuite l'intérêt d'une telle cure au niveau du régime désodé que doivent subir les cirrhotiques décompensés.

Puis nous verrons en quoi consiste le traitement de l'alcoolisme proprement dit et les incidences que la relation des malades entre eux et avec les médecins ont sur la tentative de désintoxication.

Enfin, nous conclurons.

NECESSITE D'UNE RECONVERSION DES SANATORIUMS

C'est vers la fin du dix-neuvième siècle qu'on pensa à éloigner des villes où ils vivaient les tuberculeux en leur offrant des conditions de vie confortables et sécurisantes.

L'idée était de fortifier le terrain par la cure d'air, le repos et une alimentation surabondante.

Les premiers sanatoriums français apparurent donc. C'étaient au début de luxueux hôtels pour malades fortunés. Seuls endroits où l'on pouvait, croyait-on, guérir de tuberculose, ils devaient être plus tard rendus accessibles à l'immense clientèle déshéritée atteinte de phtisie.

Et il y a peu de temps, le professeur KREIS écrivait :

> "Avec le confort de leurs chambres, leurs cures, leurs salles de réunion, bibliothèque, salle à manger, leurs distractions, leur parc, avec leur personnel médical très spécialisé partageant à temps plein la vie des malades, les sanatoriums pourraient encore servir de modèle aujourd'hui à notre équipement hospitalier".

Peu avant la première guerre mondiale apparaissait le pneumothorax thérapeutique, puis, plus tard, la collapsothérapie chirurgicale. Des interventions plus directs étaient le drainage cavitaire de Monaldi, les spéléotomies, la mise à plat des cavernes.

Ce fut alors la grande période du sanatorium, seul établissement où les médecins étaient capables de maîtriser toutes ces techniques.

A partir de I948, avec Waksman et la streptomycine s'ouvrait l'ère des traitements médicamenteux.

Au début, ces médicaments ne furent considérés que comme des adjuvants, améliorant les pneumothorax inefficaces, diminuant le risque opératoire et permettant de faire bénéficier les tuberculeux de la chirurgie d'exérèse pulmonaire naissante.

Mais le PAS venait bientôt épauler la streptomycine permettant d'entrevoir une guérison purement médicamenteuse de la tuberculose.

En I952 apparaissait l'isoniazide et dès ce moment il apparut à l'évidence que tout l'arsenal de la collapsothérapie allait être, un jour prochain,périmé.

Tant que le PAS administré par voie intraveineuse pendant des mois joua un rôle majeur dans la thérapeutique antituberculeuse, le séjour sanatorial prolongé pouvait encore paraître justifié.

Mais l'accroissement du nombre des médicaments antituberculeux efficaces et faciles à prendre ôtait toute valeur à cette indication. Dès lors le séjour sanatorial prolongé n'avait plus guère comme rôle que de séparer le malade contagieux de la collectivité.

Sans doute la contagiosité des malades remis dans leurs foyers était-elle une question importante, mais on savait qu'avec les traitements modernes la stérilisation des crachats est obtenue dans 90 à 95 % des cas en 3 à 4 mois.

Seuls devraient être gardés plus longtemps au sanatorium les malades continuant à être bacillifères après ces délais ou ceux dont le comportement laisse prévoir qu'ils ne se feront pas surveiller et ne prendront pas régulièrement leur traitement après leur sortie du sanatorium.

Il y a quelques années, la situation était donc la suivante : nombre annuel des tuberculeux dépistés en baisse constante, durée de séjour des tuberculeux en sanatorium deux à trois fois moins longue qu'autrefois, nombreux tuberculeux quittant l'hôpital pour reprendre aussitôt une activité sans jamais venir au sanatorium.

Bien qu'un certain nombre de sanatorium restait nécessaire pour les tuberculeux, il était évident que beaucoup d'entre eux devraient opérer une indispensable conversion.

C'est ce qu'il advint au sanatorium du Mont-Blanc. En effet

cet établissement comme beaucoup d'autres n'était pas reconvertible en hôtel. Les travaux nécessités par ces transformations auraient entraîné des frais trop importants, voire même des problèmes techniques d'agencement intérieur difficilement solubles.

Par ailleurs, la disparition complète de l'établissement aurait mis au chômage tout un ensemble de personnels aussi bien hospitalier qu'hôtelier ou administratif. Et il est certain que ces employés représentaient une masse de salariés qui n'aurait pu retrouver facilement du travail dans une région où le problème du chômage est particulièrement crucial.

Ces problèmes socio-économiques incitèrent les responsables du sanatorium du Mont-Blanc à pratiquer une reconversion de leur établissement vers le traitement des cirrhotiques.

Dès 1967, des articles paraissaient dans la presse médicale soulignant la nécessité, dans l'optique d'un traitement plus rigoureux des décompensations des cirrhoses, d'un régime désodé prolongé.

Ces mêmes articles faisaient remarquer que ce mode de traitement retrouverait les conditions optimales de sa réalisation dans des structures d'accueil semblables à celles réalisées par les sanatoriums.

LE SANATORIUM ET SON CADRE

Le sanatorium du Mont-Blanc est situé dans un cadre montagneux particulièrement ensoleillé de la Haute Savoie.

A une altitude de 1000 mètres, il est orienté vers le Sud et jouit donc d'une exposition particulièrement favorable au milieu d'un paysage grandiose.

Il se trouve à quelques centaines de mètres du centre du village d'Assy.

Cette grande maison dont le style nous rappelle qu'on est dans les Alpes comporte quatre étages.

Toutes les chambres sont orientées vers le Sud et elles jouissent d'un balcon agrémenté de chaises de repos permettant de bénéficier au maximum du soleil.

Ces chambres sont à un ou deux lits et possèdent chacune un cabinet de toilette.

Il existe une infirmerie à chaque étage et plusieurs chambres sont équipées de façon à pouvoir faire face rapidement aux

hémorragies digestives aussi bien qu'à toute autre urgence ou réanimation.

Par ailleurs, l'établissement possède un fibroscope, un appareil de ponction-réinjection de liquide d'ascite (Rhodiascit) et son propre laboratoire d'analyses médicales permettant une surveillance biologique régulière des patients.

Ce laboratoire emploie un personnel compétent composé d'un pharmacien-biologiste aidé de quatre laborantins. Ils ont à leur disposition un matériel moderne permettant d'obtenir les résultats précis indispensables aux médecins pour suivre actuellement d'une manière efficace le traitement des cirrhotiques. Il permet également de répéter les examens aussi souvent que nécessaire et d'en connaitre les résultats dans des délais rapides.

Chaque étage est pourvu d'une salle où les patients peuvent se retrouver, bavarder, se détendre, jouer aux cartes, aux dames, aux échecs ou à différents autres jeux.

De même, une salle de télévision est installée à chaque étage.

Il existe par ailleurs une salle d'ergothérapie essentiellement consacrée à la vannerie, où une monitrice aide les patients à occuper certaines heures de la journée en même temps qu'ils peuvent cultiver leurs dispositions à un travail à la fois manuel et artistique.

Une bibliothèque avec salle de lecture permet aux patients qui le désirent d'y venir passer quelques heures à lire l'ouvrage de leur choix parmi les nombreux titres de livres très divers qu'elle comporte.

De plus, le bibliothécaire passe chaque matin dans les chambres, accompagné d'un chariot de livres assez variés destinés aux malades qui ne peuvent se déplacer.

LE REGIME DESODE

Le service qui a commencé à fonctionner il y a trois ans comprend actuellement 80 cirrhotiques, la plupart décompensés.

De tels services où les malades sont traités à la fois comme alcooliques et comme cirrhotiques sont nécessaires.

En effet l'alcoolisme, troisième cause de mortalité en France, après les maladies cardio-vasculaires et le cancer, est responsable de 30 000 décès par an. Maladie sociale, l'alcoolisme est aussi une maladie coûteuse dont les cirrhoses décompensées œdémato-ascitiques représentent une des complications les plus fréquentes.

Or la plupart des traitements préconisés restent symptomatiques, s'adressant à la rétention hydrosodée. Le seul traitement à visée étiologique est en fait la désintoxication alcoolique car seule l'abstinence permettra d'éviter une récidive de la décompensation et l'aggravation de l'insuffisance hépatique.

La physiopathologie du syndrome de rétention hydrosodée des cirrhoses montre à l'évidence que la guérison définitive de l'ascite ne pourrait être obtenue que par une amélioration des synthèses hépatiques rétablissant une albuminémie normale,

ou une diminution de la pression portale.

S'il est possible de corriger l'hypoalbuminémie par le régime et l'apport de sang, de plasma, d'albumine ou par des anabolisants à haute dose, il n'est guère facile de compter sur l'anastanose port-cave pour diminuer la pression portale.

Force est donc de se rabattre sur un traitement symptomatique s'adressant avant tout à la rétention hydrosodée et en fin d'évolution à l'hypovolémie.

Le régime désodé semble être la prescription fondamentale dans le traitement du syndrome de rétention hydrosodée, thérapeutique bien moins nocive et dangereuse que les ponctions d'ascite, les diurétiques.

Il est assez difficile d'obtenir un régime sans sel strict dans les cuisines d'immenses hôpitaux. En effet, l'essentiel de l'activité de ces cuisines est axée vers la confection de repas ordinaires.

L'obtention de régimes désodés à 500 mg de sodium par jour n'est donc pas simple. Il semble, dans ces conditions, encore plus illusoire de demander des régimes désodés à 300 mg de sodium par jour.

Et pourtant il semble acquis qu'un régime désodé à 300 mg de sodium par jour puisse venir à bout de nombre d'ascites si on prend soin par ailleurs de traiter la cause déclenchante de cette décompensation.

Mais il ne suffit pas d'instituer un régime sans sel, encore faut-il le faire respecter et le meilleur moyen qu'il en soit ainsi est de le faire comprendre.

Le malade qui se contente de subir son régime sans en avoir assimilé l'intérêt ne pourra que commettre des erreurs, souvent grossières.

Ainsi le sujet qui mange du jambon dit de régime et qui, en toute bonne foi, affirme ne pas commettre d'écart de régime. Il en est de même de ceux qui, en toute innocence, sucent des bonbons.

Le sanatorium s'est attaché les services d'une diététicienne et l'un de ses rôles apparaît ici. Pour cela, elle dirige des réunions ayant pour thème le régime sans sodium.

Elle explique d'une manière détaillée les raisons d'un tel régime, les interdits et les permis.

Les malades ont à leur disposition des fiches récapitulatives de la teneur en sodium des principaux aliments, et il leur est recommandé chaque fois qu'un problème alimentaire se pose à eux d'en faire part à la diététicienne.

Les malades étant ainsi bien renseignés et épaulés peuvent éviter des erreurs grossières, induites par l'ignorance et aggravées par des habitudes trop ancrées.

Il est d'autant plus capital de bien faire comprendre aux malades la nécessité de ce qu'ils considèrent comme une épreuve que la durée de cette privation est parfois très longue. Il est même habituel qu'elle se prolonge sur de nombreuses semaines.

Le travail de la diététicienne ne se limite pas à un rôle en quelque sorte pédagogique. Elle a aussi un rôle, à proprement parler, culinaire.

C'est elle, bien entendu, qui fait en sorte que les apports en sodium ne dépassent pas 300 mg par jour, mais, d'autre part, elle seule peut rendre comestibles (même pour les anorexiques que sont habituellement les cirrhotiques) les plats proposés, par l'emploi d'aromates, de condiments variés.

De toute façon, les menus sont étudiés afin de varier le plus possible les préparations ; il est en effet indispensable de diminuer rapidement l'effet de frustration et anorexigène dû à un tel régime. A cet égard, les cuisiniers développent beaucoup d'imagination.

Le laboratoire d'analyses se met même à la disposition de la diététicienne afin de doser la teneur en sodium de certains aliments susceptibles de rentrer dans les normes d'un régime désodé strict.

D'autre part certaines thérapeutiques comprennent des doses non négligeables de sodium qui peuvent induire en erreur le médecin en faisant croire, par exemple, à la responsabilité du malade

dans un écart de régime. Des dosages de sodium peuvent ici encore être utiles.

La diététicienne intervient aussi dans un autre domaine des régimes. En effet, c'est au niveau des apports protidiques des régimes que se situe un autre de ses rôles.

Il est important que les cirrhotiques aient un régime hyperprotidique, exception faite de ceux qui ont subi une anastomose porto-cave et qui eux, au contraire, nécessitent des régimes pauvres en protides.

L'application stricte d'un régime sans sel, quand elle ne réalise pas l'assèchement de l'ascite, permet le plus souvent l'arrêt de l'augmentation de l'ascite.

L'évolution de l'ascite est jugée par la mesure du poids et du périmètre abdominal maximum en position couchée à plat sur le dos. Ces deux mesures (du poids et du périmètre abdominal) sont effectuées deux fois par semaine.

Le dosage du sodium urinaire permet aussi de juger de la réussite du régime sans sel. Ce dosage est pratiqué pour chaque malade deux à trois fois par mois, éventuellement plus souvent.

Lorsque le sodium urinaire atteint ou dépasse I0 à I5 milliéquivalents par jour, soit 230 à 350 milligrammes, et ce en dehors de tout écart de régime, il est égal ou supérieur à l'ingestion qui est, nous l'avons vu, de 300 milligrammes par jour.

On peut alors donner un supplément de 2 grammes par jour pendant une semaine. S'il est supporté sans gonflement, un régime normalement salé est autorisé, après avoir contrôlé la natriurèse et constaté qu'elle correspond aux nouveaux apports de sodium.

Cette éventualité survient généralement après plusieurs mois de régime. Ses résultats, bien que souvent probants, sont donc longs à se faire sentir et nécessitent la patience du malade et du médecin.

Cet idéal de maintenir longtemps un tel régime pauvre en sodium, au moins jusqu'à ce qu'une natriurie suffisante, c'est-à-dire égale à l'ingestion, permette un régime normalement salé, nécessite donc plusieurs mois.

D'aussi longs séjours en milieu hospitalier sont assez difficilement concevables. Il semble plus facile d'obtenir du malade une participation active à son propre traitement dans une infrastructure sanatoriale.

Cette participation est garante de résultats meilleurs, mais aussi de la poursuite du traitement, si besoin est, lorsque le malade sera rentré chez lui.

LE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME

A côté du régime sans sel, l'autre volet du traitement, dans lequel la cure sanatoriale du cirrhotique prend tout son intérêt, est celui de la guérison de l'alcoolisme.

Là est en fait le traitement à proprement parler étiologique. Car tant que durera l'intoxication, l'insuffisance hépatique ira s'aggravant et, dans ces conditions, il serait tout à fait vain de tenter d'assécher une ascite.

Mais là encore empêcher le malade de boire c'est bien, mais le malade ne sera pas réellement guéri de son alcoolisme tant qu'en subsisteront les causes. Ces dernières doivent être recherchées et, dans la mesure où cela est possible, combattues.

Il n'est pas du propos de cet ouvrage d'exposer en détail quelles sont les causes de l'alcoolisme mais simplement de montrer comment une cure sanatoriale peut contribuer d'une part à arrêter l'intoxication, d'autre part à éviter que ce résultat ne soit remis en question.

C'est pourquoi il est néanmoins utile de rappeler brièvement quelles sont les circonstances et les motivations des rechutes après désin-

toxication alcoolique.

En effet, le gros problème d'un éthylique qui a été désintoxiqué est celui de la rechute.

Les circonstances habituelles de cette rechute sont diverses.

En premier lieu, ce peut être l'entraînement familial où, au cours du repos, du vin continuera à se trouver sur la table, réalisant une tentation constante.

Ne parlons pas des occasions encore plus tentantes que représentent les fêtes familiales.

Tentation qu'on retrouve au moins aussi aiguë dans le milieu professionnel. A l'attrait du vin lui-même viennent s'ajouter des incitations diverses :

- assimilation de la prise de boisson alcoolisée à la virilité : "si tu ne bois pas de vin, tu n'es pas un homme".

- entraînement par les camarades de travail à passer au café pour entretenir les liens de sympathie : " tu n'es pas un copain si tu ne viens pas boire un coup avec nous" ;

- ce même entraînement pouvant avoir lieu pour certaines professions où les conditions de travail sont physique-

ment et climatiquement pénibles : "sans vin, je ne pourrais pas tenir le coup".

Un autre type de malade peut être victime d'une troisième sorte d'entraînement : l'entraînement personnel. C'est le malade qui s'estime guéri et qui pense être capable de boire modérément et qui, en fait, se laisse très vite entraîner à dépasser les limites auxquelles il pensait pouvoir se tenir.

En fait, à la base de tout cela, des motivations profondes se retrouvent presque toujours. Ce sont le plus souvent les mêmes que celles qui avaient conduit initialement le malade à "boire".

Prenons l'exemple d'un patient célibataire ou divorcé qui, en sortant de sa cure, va se retrouver seul sans le secours familial dont il aurait tant besoin. Il va redouter la solitude dans son appartement et le seul lieu où il sera sûr de trouver à tout moment un accueil, un minimum de chaleur ou d'amitié : c'est le débit de boissons.

Le problème est sensiblement le même pour le sujet qui retrouve un foyer où règne la mésentente. Plutôt que de subir cette atmosphère tendue, il préfèrera fuir le plus souvent possible et trouvera là encore le meilleur refuge au "bistrot".

Par contre, les conditions d'une guérison durable paraissent beaucoup plus solides pour le patient qui retrouve un foyer uni, une femme avec laquelle il s'entend bien et qui saura l'aider à mener une vie saine et équilibrée.

Mais le risque demeure, quoique pouvant survenir plus tardivement, d'un traumatisme familial brutal qui viendra remettre tout ce bel équilibre en question.

Car ces sujets sont le plus souvent des êtres faibles dont la seule attitude devant une grosse difficulté risque d'être la fuite vers la boisson.

En plus de l'important problème familial, la réinsertion socio-professionnelle joue un grand rôle et il est bien évident qu'un patient qui retrouvera rapidement un travail stable et intéressant aura beaucoup plus de chance de voir sa guérison persister que celui qui restera désoeuvré, sans travail.

Nous venons donc de voir qu'aux circonstances habituelles de rechute correspondent des motivations profondes, plus ou moins évidentes, qui, la plupart du temps, se retrouvent précisément à l'origine de la maladie alcoolique.

Voyons maintenant en quoi la cure sanatoriale peut contribuer à la guérison de la maladie alcoolique.

L'un des intérêts essentiels réside dans l'homogénéité du groupe des malades. Tous les malades présents sont atteints par la cirrhose éthylique.

La plupart d'entre eux souffrent d'une décompensation oedémato-ascitique. Bien sur, il existe tous les intermédiaires entre la cirrhose décompensée pour la première fois et celle évoluant depuis longtemps

avec hypertension portale et insuffisance hépatique majeures.

S'il n'est guère pensable d'aboutir à un succès thérapeutique avec celle-ci, l'on peut parfaitement obtenir une guérison à long terme d'une première décompensation.

De toute façon, les problèmes psychologiques sont identiques quelle que soit la gravité de l'atteinte hépatique. Mais cette différence de gravité entre les malades peut jouer en faveur des moins atteints. En effet, le tableau d'autres cirrhotiques, à l'état général profondément altéré et soumis aux complications hémorragiques, donne à penser à ceux dont on peut espérer une guérison.

La cure sanatoriale crée un isolement social. Nous avons vu que l'entourage, aussi bien familial que professionnel, était souvent pour beaucoup dans la poursuite de l'intoxication éthylique. Or, de par sa situation géographique, il paraît assez difficile pour un malade de recevoir de fréquentes visites. Ceci a un double intérêt :

- celui de rendre possible un contrôle plus rigoureux de l'apport des boissons et de l'alimentation salée ;

- et celui de tenir le malade à l'écart des sources pathogènes.

On produit ainsi une espèce de déconditionnement à l'égard de l'alcool,

ce qui constitue le premier pas indispensable de la désintoxication.

Concurremment, l'éthylique est plus disponible et, par là-même, plus accessible à la thérapeutique qu'elle soit à visée somatique ou psychique.

Par ailleurs, le malade alcoolique se croît incapable de se passer d'alcool. Pour lui, l'alcool fait partie de son habitude. En voyant les autres malades du service qui ont réussi à mettre un terme à leur intoxication, ils se rendent compte que l'abstinence n'est pas une utopie.

Et le fait de voir vivre des gens qui souffrent de la même affection permet aux cirrhotiques de prendre conscience de leur propre maladie, des problèmes qu'elle pose et parfois de la nécessité de résoudre ces problèmes.

A côté de ce déconditionnement et de cette prise de conscience, l'homogénéité du groupe intervient au niveau de l'émulation entre les malades. Ceux-ci s'aident mutuellement, se stimulent. Cette communauté d'intérêt et de but est un facteur non négligeable de la réussite de la cure de désintoxication.

Par ailleurs, le cirrhotique a tendance à s'exclure et à être exclu de la société, de son entourage. L'homogénéité du groupe facilite évidemment la communication entre ses différents membres.

Car la communauté d'intérêt et de but est doublée d'une communauté de problème. Et ce fait permet de supprimer toute défiance entre les

différents malades et favorise ainsi le dialogue entre eux.

En face de lui, l'alcoolique n'a pas un individu rejetant ou méprisant ou charitable comme cela se passe habituellement. En face de lui, c'est un homme comme lui, un alcoolique souffrant de cirrhose, dont il partage les problèmes et avec lequel il peut en discuter. Et ce dialogue peut constituer le premier pas vers une réinsertion sociale après la cure sanatoriale.

A ce dialogue, contribuent aussi les autres activités à savoir essentiellement l'ergothérapie.

L'ergothérapie peut apparaître comme une simple lutte contre l'ennui. Mais l'ennui n'explique-t-il pas pour une part importante l'alcoolisme ?

L'ergothérapie réduite à cela risque surtout de servir à "faire passer le temps", faire passer plus vite un temps qui se voudrait thérapeutique.

Il faut laisser aux alcooliques un peu de temps pour s'ennuyer un peu. Sinon ils risquent de fuir en avant, dans le temps, et perdre ce qui devrait être une occasion de réfléchir un peu sur soi, de penser un peu leur vie au lieu de la vivre uniquement au jour le jour, et d'échanger un peu la-dessus avec les gens avec lesquels ils sont présentement confrontés.

En analysant brièvement le problème des rechutes, nous avons vu à quels niveaux et par quels mécanismes pouvait agir la cure sanato-

riale chez les cirrhotiques. A cet égard, sont importants à considérer :

- l'homogénéité du groupe,
- la communauté d'intérêt des malades
- l'isolement social.

RAPPORTS MALADES - PERSONNELS MEDICAL

Les rapports, la communication des malades entre eux représentent un appoint important dans la tentative de guérison de l'alcoolisme. La propre réflexion du malade sur lui-même n'est pas moins importante dans le cadre de la cure sanatoriale.

Mais les rapports avec les médecins, le personnel infirmier, le service social jouent un rôle essentiel au niveau de cette cure, ne serait-ce que par le fait que la santé et, dans une certaine mesure, la vie du malade en dépendent.

Ainsi le médecin jouit d'un formidable ascendant sur le cirrhotique Il doit en prendre conscience et essayer de tirer profit de ce fait afin de contribuer à la guérison, et de la cirrhose et de l'alcoolisme.

Le malade, lui, s'il n'en est que peu ou pas conscient du tout, agit néanmoins dans ce sens, c'est-à-dire qu'il s'en remet entièrement au personnel thérapeutique pour peu que celui-ci sache favoriser cette confiance, entretenir ce climat et ne pas décevoir le malade.

C'est pourquoi ce dernier est pris en main dès son arrivée.

Il doit exister dès le premier contact avec le médecin un climat

de confiance dont peut dépendre tout le résultat du traitement qui va suivre.

L'accueil de ce premier rendez-vous doit être particulièrement soigné. Le service social, le personnel infirmier le savent bien et ce sont eux qui, par expérience, doigté et compétence, doivent être les intermédiaires droits et habiles entre le malade et le médecin.

Celui-ci essaie dès l'abord de jauger l'élément essentiel de la structure psychique, en cherchant à extérioriser les éléments névrotiques qui pourront, au cours de la cure et dans la période qui suivra, demander une psychothérapie plus particulière.

Au cours du traitement lui-même, la psychothérapie est faire par le personnel médical, social et infirmier, qui est au contact du malade au jour le jour, au cours de son séjour au sanatorium. Elle s'inspire instinctivement de la structure psychique de chacun et s'adapte nécessairement à chaque cas particulier.

La psychothérapie est faite quelquefois sans technique spéciale, mais avec succès cependant, par les autres malades au cours de la désintoxication.

Quoiqu'il en soit, ce rôle de l'encadrement psychothérapique, parfois difficile à codifier, est primordial. Il faut sans cesse penser à le développer.

Dans cette optique, chaque semaine se déroule une réunion entre les nouveaux entrants et les médecins, réunion au cours de laquelle est abordé le problème de l'alcool sous tous ses angles, à savoir ses incidences économiques, sociales, politiques et bien sûr, médicales.

Chaque malade peut participer (et le médecin fait en sorte qu'il en soit ainsi) en émettant des questions, des réponses, des points de vue, des expériences personnelles.

Les malades abordent généralement ces réunions assez tendus et nombre d'entre eux n'y vont qu'après de pressantes sollicitations.

Le médecin entame le débat par quelques généralités sur le problème de l'alcool et de l'alcoolisme ; puis c'est au tour des malades d'animer le débat par leurs questions et leurs opinions.

Il est assez significatif de constater que les malades parlent de leur état avec une certaine culpabilisation, c'est-à-dire sur le même ton que la plupart des médecins et des gens en général.

Le cirrhotique ne pense pas être tellement victime d'une injustice. Pour lui, la cirrhose n'est que le juste retour des choses, il paie (et combien chèrement) sa grande consommation d'alcool.

Devant cette attitude, le médecin ne devrait pas s'ériger en juge mais en .... médecin. Pour lui, l'alcoolisme devrait toujours être une maladie et l'alcoolique un malade.

Pourquoi ne pas considérer et pourquoi ne considère-t-on pas l'alcoolisme comme une maladie de la même manière qu'on le fait pour une quelconque autre toxicomanie ?

Le public et le corps médical ont parfois plus d'indulgence pour le morphinomane que pour l'alcoolomane. Peut-être du fait que chacun a pu faire l'expérience de boire de l'alcool et en a éprouvé du plaisir, ce qui n'est pas le cas pour la morphine.

Il se produit alors dans l'esprit des gens l'extrapolation hâtive suivante : je bois de l'alcool et j'éprouve du plaisir ; tout ce qui est plaisir, lorsqu'il est répétitif, est un vice ; par conséquent, l'alcoolisme est un vice.

Mais est-il sûr que l'alcoolique éprouve du plaisir à boire ?

En fait, l'alcoolique à jeûn parle de son alcoolisme de la même manière moralisatrice que le commun des mortels. Il est culpabilisé. Il aimerait bien mettre un terme à ce besoin impérieux qu'il a de boire de l'alcool car il souffre. Il est malade.

A première vue, il semble facile à guérir ce malade repentant qui reconnait faire une erreur en buvant et qui jure de ne plus recommancer. Pourtant il est un fait que la majorité des cures de désintoxication aboutit à un échec dans la mesure où, à plus ou moins longue échéance, le malade se remet à boire. Certains aspects du problème doivent donc certainement nous échapper.

Quelle est ici la place du sanatorium ?

Elle permet une approche psychologique du cirrhotique, ce qui est

rarement tenté dans un cadre hospitalier non seulement du fait de la relative brièveté du séjour, mais aussi peut-être d'une certaine réticence et d'un état d'esprit souvent impropre, comme nous venons de le voir, à réaliser cet abord. Se poser en censeur et moralisateur empêcherait le médecin de garder le contact avec son malade.

Au sanatorium, l'ensemble homogène des malades accroît l'expérience du personnel médical. Les relations avec les malades s'en trouvent grandement facilitées et ce d'autant plus que le personnel vit sur place et est par là même plus disponible.

Le rôle du médecin est d'autant plus accru que le malade se trouve à l'abri des milieux familiaux et professionnels qui vont trop dans le sens de l'alcoolique.

Mais il est évident que le séjour en milieu sanatorial n'a qu'un temps ainsi que la protection qu'il offre. Et l'alcoolique sera tôt ou tard confronté de nouveau à ces milieux pathogènes, que ce soit dès sa sortie ou un peu plus tard.

Sur un plan pratique, c'est dans une certaine mesure à l'assistante sociale de préparer cette sortie et de faire en sorte que la réinsertion socio-professionnelle se fasse sans trop d'à-coups, ni problèmes.

A ce propos, il est important que le sujet soit adressé à une association de buveurs guéris.

Pourquoi l'adresser à une association dite de "buveurs guéris" puisqu'il est guéri ?

On pense généralement qu'un buveur guéri est un ancien alcoolique qui ne boit plus du tout d'alcool. Mais en fait le buveur guéri est très fragile. A la moindre sollicitation, il risque de retomber dans l'alcoolisme.

On devrait plutôt penser que le buveur guéri est celui qui est capable de boire à nouveau de l'alcool sans pour autant retomber dans l'alcoolisme. Malheureusement, cet idéal ne peut être qu'exceptionnellement atteint et force est de se contenter d'un moyen terme et de l'adresser à une association de buveurs guéris.

Ainsi est tentée une approche psychologique des cirrhotiques par un dialogue quasi-constant à l'intérieur du service et lors des réunions dont nous avons précédemment parlé. De même est préparée la réinsertion sociale du malade.

Et on peut être certain que les cures au résultat durable sont celles où, d'une manière ou d'une autre, surajouté à un milieu social satisfaisant, un facteur psychothérapique est intervenu.

C O N C L U S I O N

La diminution considérable des nouveaux cas de tuberculose rendait disponible un grand nombre d'établissements de type sanatorial.

L'un d'entre eux dans ce cas dut faire un choix pour utiliser au mieux ses locaux et son personnel médical et administratif. Il fut alors décidé une orientation vers le traitement des cirrhoses décompensées.

Le sanatorium présente l'intérêt d'offrir des conditions de vie confortables et agréables, propres à des séjours prolongés.

Du point de vue diététique, c'est-à-dire du régime désodé, le cirrhotique supporte plus aisément cette épreuve souvent longue. En effet, en premier lieu, les malades sont informés en détail de l'intérêt, des permis et des interdits d'un tel régime.

La participation active ainsi obtenue des malades, associée aux efforts conjugués de la diététicienne et des cuisiniers pour varier et rendre plus appétissants les repas, sont garants d'un respect plus

strict du régime mais aussi de sa poursuite, si besoin est, lorsque le malade sera rentré chez lui.

L'idéal est de maintenir un tel régime pauvre en sodium au moins jusqu'à ce qu'une natriurie suffisante, c'est-à-dire égale à l'ingestion, permette un régime normalement salé. Cette éventualité survient après plusieurs mois.

Par ailleurs, l'homogénéité du groupe, la communauté d'intérêt des malades, l'isolement social, tous éléments réalisés par la cure sanatoriale des cirrhotiques, concourrent à la guérison de l'alcoolisme en agissant au niveau même des mécanismes de la maladie alcoolique et de la rechute.

Enfin la relation médecin-malade est grandement favorisée et ne peut constituer qu'un élément positif supplémentaire dans la mesure où l'influence du médecin en est accrue.

Ainsi en est-il de la cure sanatoriale des cirrhoses.

Reste le problème de la réinsertion sociale du cirrhotique après sa cure. C'est dans une certaine mesure à l'assistante sociale du sanatorium de le résoudre sur un plan pratique.

Mais il est certain que le malade devra continuer à être suivi régulièrement dans une consultation spécialisée car il n'est pas à l'abri d'une rechute de sa décompensation ou de son alcoolisme ou d'une éventuelle complication.

Au total, il ressort que le cirrhotique doit être pris en charge, dans le même temps, du point de vue somatique mais aussi psychique. Et il semble que ce but puisse être atteint assez efficacement en milieu sanatorial.

VU LE PRESIDENT DE THESE

SIGNE : M. CACHIN.

VU LE DOYEN DE LA FACULTE

SIGNE : F. DELBARRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

SIGNE : R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

- BOURGEAT B.

La désintoxication alcoolique. Le rôle respectif de l'hôpital, du dispensaire et du médecin praticien. Thèse PARIS I963 - N° 766.

- DESCOMBEY J.P.

Essai sur le rôle du travail dans la psychopathologie de l'homme alcoolique. Laboratoires Lefrancq, I973.

- FOUQUET P.

Une thérapeutique de l'alcoolisme. Le courrier du livre PARIS I965.

- FOUQUET P., HAAS R.M.

Le médecin face au malade alcoolique. Brochure d'accompagnement du film "Six alcooliques en quête d'un médecin". Laboratoires Riom , I973.

- HAAS R.M.

Cures de désintoxication alcoolique dans un service de médecine générale.
Joie et santé de l'Ile de France - Hôpital de St-Cloud.

- HAAS R.M.

Milieu du travail et alcoolisme
Documentation française I97I, Ier trimestre.

Les rechutes après cures de désintoxication, circonstances, motivations, rôle du médecin dans leur prévention.
Thèse médecine PARIS I967, n° I003.

- LECOQ R.
La maladie alcoolique et la désintoxication de l'alcoolique.
Toxicomanies I970, 3-I-73.

- LEREBOULLET J.
L'alcoolisme, maladie sociale.
Revue du Praticien I970, 20 (3I bis), 3-9.

- LEREBOULLET J. et coll. (dir. J. LEREBOULLET)
L'alcoolisme (numéro spécial)
La revue du praticien T.XIV, n° 4, I964

- LENGLET J.P.
Physiopathologie et traitement du syndrome de rétention hydrosodée des cirrhoses.
Cahiers Médicaux Lyonnais I97I, 47 (35).

- LEVY V.G., CAROLI J.
Les troubles hydro-électrolytiques des cirrhoses. Idées reçues idées nouvelles.
Ann. Méd. Int., I969, 20, 405-4I8.

- PEQUIGNOT G. ANDRE J., CAROLI J.
Le syndrome de rétention hydrique des cirrhoses.
E.M.C. Foie, 70I4 EI0, I-I8.

- PEQUIGNOT H.

Alcoolisme et opinion médicale.

Alcool ou santé n° 98-99, p. 69-72.

- PERRIN P.

L'alcoolisme est-il une toxicomanie ?

Toxicamanies 1968, I,I,II-15.

- PERRIN P.

Si l'alcoolique est un malade, dans quelle mesure est-il responsable de sa maladie ?

Revue alcool 1962, 8, 2, 89-94.

- SAPRIEL G.

Contribution à l'étude de l'alcoolisme en médecine générale hospitalière. Données statistiques, économiques, thérapeutiques et relationnelles.

Thèse Médecine PARIS 1970, n° 478.

- DE MIJOLLA (A) et SHENTOUB (S.- A.)

Pour une psychanalyse de l'alcoolisme